島根県薬剤師会事務局　御中　FAX　０８５２－２６－５３５８

別紙

令和　　年度　「食の相談支援薬局」実績報告書

薬局名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

|  |  |
| --- | --- |
|  　区　分 | 相 談 内 容 等 の 概 要 |
|  乳・幼児食  | 　 |
|  高血圧予防食  |  |
|  糖尿病予防食  |  |

（注意）

１．相談内容の概要を記入してください。また、可能であれば相談者に対して回答した内容も併せて記載してください。

２．上記の欄だけでは足りない場合は、コピーして記入して頂きますようお願いします。